

17 artículo

María Pilar Astier Peña [Buscar autor en Medline]



Consolidar el método y arte de nuestra práctica clínica diaria: el proceso de mejora del razonamiento clínico

Nuestra práctica clínica cotidiana se fundamenta en la entrevista entre médico y paciente para compartir el problema de salud de éste último e iniciar por parte del profesional un proceso de integración de información clínica, de conocimientos adquiridos y de experiencia vivida, de tal forma que en ese proceso se generen unas hipótesis de trabajo que orienten el diagnóstico, las pruebas complementarias, el tratamiento y seguimiento del paciente. Esta rutina condiciona todo el conjunto de actuaciones posteriores asistenciales que va a recibir el paciente por parte de los profesionales del sistema de salud y es por ello el elemento crucial en la mejora de la calidad de la atención sanitaria¹. Precisamente ahí, en ese punto de rutina, es donde el método de trabajo se va perdiendo y se va deteriorando nuestra percepción del trabajo cotidiano. Cada vez más, la sociedad se deslumbra con las novedades de la tecnología médica y concede más valor a los resultados de las pruebas diagnósticas que al proceso de razonamiento clínico del profesional médico. La sociedad no es consciente del error y de las consecuencias de esta tendencia a idolatrar las pruebas complementarias y dejar de lado el profundizar en la mejora de la habilidad de razonar de los médicos. Nosotros, los profesionales de la salud, como parte de esa sociedad, también entramos en esa dinámica y tendemos a consumir muchas más pruebas complementarias antes que seguir preguntando y procesando la información clínica.

El desarrollo de la calidad asistencial en el entorno clínico ha comenzado dando un salto desde la línea de salida (proceso de razonamiento clínico) a mitad del recorrido (una vez establecido un diagnóstico aproximado iniciar la derivación a otros niveles asistenciales) y se ha orientado principalmente, y por ser una filosofía de trabajo que viene del mundo empresarial^{2,3}, a la organización de los cuidados, aplicando técnicas como la estandarización de la práctica clínica⁴ (guías de práctica clínica⁵, vías clínicas, gestión de la enfermedad...), gestión por procesos, evaluación de tecnologías médicas, entre otras. Todas estas técnicas están orientadas a aplicar la mejor evidencia científica disponible para establecer un diagnóstico, organizar y ejecutar una investigación complementaria con pruebas y tratamiento de los problemas de salud de la población, de tal forma, que se consiga reducir la variabilidad de la práctica médica⁶ y conseguir que la mayoría de los profesionales tome las mejores decisiones asistenciales para sus pacientes. Este proceso de estandarización ha desviado de alguna manera la atención de la formación dejando de cultivar la atención en la clínica del paciente y el proceso de razonamiento que lo acompaña. No por un interés torticero, sino con la sana intención de facilitar a los médicos la toma de decisiones con la información más válida y reflejando los últimos avances reconocidos como efectivos para tratar a los pacientes. Si bien, esta nueva oportunidad de tomar decisiones basadas en los mejores estudios no nos debe hacer olvidar que, la orientación diagnóstica que el médico de familia haga desde el principio del encuentro clínico, con su proceso de razonar es la que va a condicionar la entrada del paciente o no en las diferentes formas de estandarización de cuidados ligados a un diagnóstico (gestión por procesos, vías clínicas, protocolos de actuación...), con la suposición de que ese es el diagnóstico más probable o el establecido con la menor incertidumbre por parte del médico de familia. Bien orientado el paciente, el conjunto de pruebas y exploraciones que se realicen e incluso el tratamiento que se prescriba supondrán un éxito terapéutico. Pero mal orientado, supondrá un uso inadecuado de las pruebas complementarias y un consumo inadecuado de medicación, pudiendo generar iatrogenia en muchas ocasiones. Por tanto, es fundamental garantizar que este proceso sea lo más válido y fiable posible. Ello se consigue facilitando la formación continuada y un proceso de mejora continua personal de los profesionales en el campo del razonamiento clínico.

Si bien este proceso diagnóstico no sólo depende del médico, cada individuo es diferente de los otros, es distinto en el desarrollo de la enfermedad, en la manifestación de la misma y en la respuesta a los tratamientos. A ello se une el hecho de que los médicos

bibliografía

1. Donabedian A. La Calidad de la Atención Médica. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: S29-S38.
2. Naylor G. Using the business excellence model to develop a strategy for a healthcare organisation. Int J Health Care Qual Assur 1999; 12: 37-44.
3. Arcelay A, Lorenzo S, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, et al. Adaptación de un Modelo de Gestión de Calidad Total al sector sanitario. Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 184-91.
4. Jovell AJ. **Protocolos y guías de práctica clínica.** Estrategias y experiencias de implantación en el SNS.
5. García Gutiérrez JF, Bravo Toledo R. **Guías de práctica clínica en Internet.** Atención Primaria. 2001; 28: 74-79.

Ver más

enlaces

No hay enlaces de interés



también somos individuos diferentes, con distinta experiencia y diferentes conocimientos, que interpretamos de distinto modo un mismo signo. De ahí que este proceso diagnóstico sea uno de los temas más problemáticos de la medicina y la capacidad de hacerlo correctamente, un conjunto armonioso de arte y mucha ciencia.

Si los enfermos siempre manifestasen determinados signos y además estos signos estuvieran ausentes en los sanos, no haría falta todo un proceso para llegar al diagnóstico. Pero esta situación no es la realidad. El problema de salud de cada paciente no se percibe a simple vista, sólo a través de señales externas, indirectas, imperfectas, que nos dan información aproximada de lo que está ocurriendo en la fisiología o estructura de esa persona enferma.

Este proceso de diagnóstico se compone de diferentes actividades orientadas a la obtención de información del problema de salud del paciente, unido a un proceso de generación de hipótesis y comprobación que aproxima al médico a un diagnóstico probable para poder diseñar un plan terapéutico apropiado. Es decir, el proceso diagnóstico no es un fin en sí mismo, pero es indispensable para lograr el objetivo final de la medicina que es el de mejorar o intentar mejorar a nuestros enfermos a través de la aplicación de un tratamiento adecuado.

Sin embargo, en muchas ocasiones esto no ocurre así. Por ello, a veces se elige un tratamiento sin tener la seguridad absoluta sobre el diagnóstico, sobre la efectividad del tratamiento para ese proceso, es decir, casi siempre existe cierto grado de incertidumbre. De hecho, la anamnesis, la exploración física y la aplicación de pruebas más o menos invasivas o el estudio de la respuesta a determinadas manipulaciones se hacen con el fin de disminuir esta incertidumbre.

El presente monográfico va a revisar en diferentes artículos la cotidianeidad de nuestra práctica clínica en atención primaria desde la óptica del proceso de razonamiento que el médico realiza encaminado a reducir la incertidumbre diagnóstica y terapéutica y a compartir las posibles decisiones asistenciales a tomar con el paciente, principal protagonista de este proceso.

Los autores de este monográfico formamos el grupo de razonamiento clínico de la Cátedra Unizar-Novartis de Docencia e Investigación en Medicina de Familia (**Figura 1**), que dirige el profesor Antonio Monreal Híjar. Este grupo está integrado por médicos de familia interesados en la mejora del proceso de razonamiento clínico como la tecnología más importante de que el médico de familia dispone a su alcance para actuar y diagnosticar con excelencia clínica. Se constituyó en el año 2005 y como primera actividad diseñó e implantó un curso de doctorado on-line con la plataforma de formación de e-learning de la Universidad de Zaragoza (Figura 2: pantalla de acceso principal al curso de doctorado). Hemos realizado ya cuatro ediciones con la satisfacción de la buena acogida recibida del curso por parte de los alumnos, quienes destacan la importancia de los conceptos aprendidos para su práctica clínica e identifican como el valor añadido más importante el trabajo con casos clínicos estandarizados que les han permitido adquirir un método de trabajo sistemático o hábito, característica presente en todos los médicos excelentes.

Colaboramos también en el desarrollo de la asignatura de medicina de familia de 4º año de medicina de Zaragoza y en la formación de médicos internos residentes de las unidades docentes de Zaragoza I y II presentando casos clínicos en formato de talleres ARC (Aprendizaje del Razonamiento Clínico)⁷ que permiten, como veremos en el monográfico, hacer explicitar el proceso de razonamiento en voz alta a los alumnos para entre todos aprender a organizar nuestro conocimiento y activarlo en el momento preciso del razonamiento. Dado el éxito del curso de doctorado y de los talleres ARC, e inspirados por los comentarios de los alumnos que nos comentaban que debían haber tenido la oportunidad de aprender y practicar todo aquello antes, creamos la asignatura de libre elección de razonamiento clínico en medicina de familia en el curso 2008-2009. Nuevamente, la acogida ha sido muy buena, la participación de los alumnos de 4º a 6º curso de la licenciatura de medicina de Zaragoza inscritos en esta asignatura está siendo muy intensa y productiva tanto en la participación en los foros de debate de los módulos como en los debates de los casos clínicos planteados. De estas experiencias surge este monográfico; en él, queremos transmitir cómo entendemos el razonamiento clínico en su concepto y procesamiento y qué herramientas podemos usar para mejorarlo en nuestra práctica cotidiana. Este monográfico no está creado para analizar y debatir la formación médica en pregrado y postgrado de las facultades de medicina en España sino para generar el espíritu de curiosidad en todos aquellos que ya nos hemos formado académicamente en su momento y que ahora realizamos rutinariamente nuestra práctica clínica, de tal forma, que nos sirva de estímulo para mejorar cada día las nuevas oportunidades de razonar en la consulta para mejor atender los problemas de salud de nuestra población.

El monográfico está formado por diez artículos encadenados: desde los conceptos hasta cómo trabajar la mejora del razonamiento en equipo. Puede leerse cada artículo de forma separada pero tiene más sentido leerlos con la cadencia establecida en el índice del monográfico, de tal forma que podamos seguir la pista del razonar clínicamente con método ordenado.

En el primer artículo revisaremos los aspectos relacionados con el origen y concepto del razonamiento clínico y de la toma de decisiones clínicas.

En el segundo artículo profundizaremos en los conceptos que construyen el proceso de razonamiento clínico desde la perspectiva de las investigaciones de la psicología cognitiva aplicada al análisis de la práctica clínica.

En el tercer artículo nos detendremos a analizar cómo recabamos los datos clínicos que conforman el problema de salud que nos viene a contar el paciente para incorporarlos a nuestro proceso de razonamiento, es decir, las características de una buena entrevista clínica.

En el cuarto artículo abordaremos qué nos aportan las pruebas complementarias para el refinamiento de las hipótesis diagnósticas planteadas.

En el quinto artículo analizaremos cómo realizar una prescripción razonada y cómo utilizar las publicaciones científicas para ir perfilando nuestro vademécum personal.

En el sexto artículo abordaremos los errores más frecuente que ocurren en nuestro proceso de razonar y cómo desarrollar estrategias para reducir su incidencia en nuestra práctica clínica.

En el séptimo y octavo capítulo revisaremos cómo comunicamos el riesgo de enfermar a los pacientes en la consulta y cómo planteamos la toma de decisiones clínicas compartida con ellos.

En el noveno trabajo, queremos valorar el razonamiento clínico bajo la perspectiva de la ética en la toma de decisiones asistenciales y de seguridad del paciente.

En el décimo artículo proponemos dos formas de trabajar el razonamiento clínico en los equipos de atención primaria basadas en nuestra experiencia de trabajo como grupo: la estandarización de las sesiones clínicas de casos por medio de la metodología de aprendizaje del razonamiento clínico (ARC) y el análisis de las entrevistas clínicas con nuestros pacientes a través de videograbaciones de las consultas para luego aplicar parrillas de evaluación que nos ayuden a mejorar nuestro hábito de razonamiento clínico en primera persona.

Para finalizar este monográfico, hemos realizado un pequeño resumen de las conclusiones más interesantes que hemos extraído de los diferentes trabajos aportados. Nuestra intención es que pueda servir a modo de guía estimulante para seguir profundizando en la mejora del razonamiento clínico en la consulta y en los equipos de atención primaria, de tal forma, que sea un camino compartido para no caer en la rutina y abordar la práctica clínica diaria con objetivos concretos y positivos.

“En teoría no hay diferencias entre la teoría y la práctica; en la práctica sí las hay”, de ahí que, aparte de disfrutar con la lectura de este trabajo preparado con ilusión y experiencia, os animamos a seguir practicando clínica razonada y mejorando cada día para facilitar una atención para la salud cada vez más correcta, adecuada, oportuna y humana.

